

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ULCÈRES SIMPLES
DU BORD MÉSENTÉRIQUE
DE L'INTESTIN GRÈLE

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le lundi 4 décembre 1939

PAR

Jean-Marie-Maurice-Angel CAZENAVE-MAHÉ

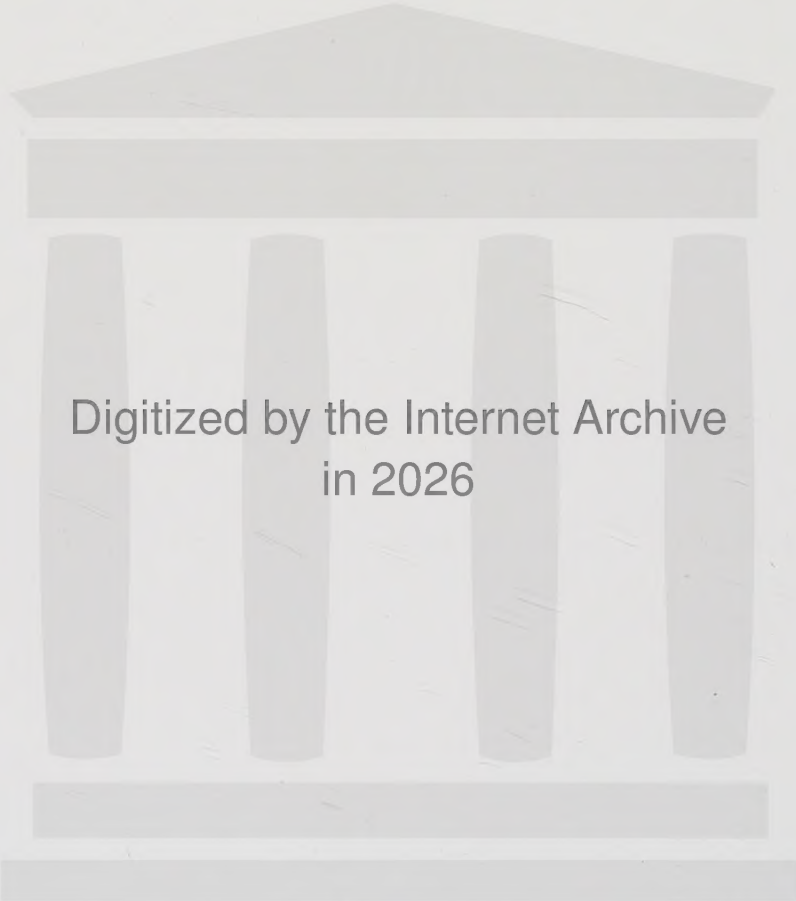
Né à Bordeaux (Gironde), le 21 mars 1914

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
	PAPIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
	LOUBAT, agrégé	
	DARGET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIERE
18, Rue du Peugue

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ULCÈRES SIMPLES
DU BORD MÉSENTÉRIQUE
DE L'INTESTIN GRÊLE

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le lundi 4 décembre 1939

PAR

Jean-Marie-Maurice-Angel CAZENAVE-MAHÉ

Né à Bordeaux (Gironde), le 21 mars 1914

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
	PAPIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
	LOUBAT, agrégé	
	DARGET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIERE
18, Rue du Peugue

1939

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A MA MERE

A MON ONCLE

A MARC ORAISON ET PAUL CAMPAGNE

A MA FIANCEE

A TOUS CEUX QUI ME PORTENT AFFECTION OU AMITIÉ

AU DOCTEUR ORAISON

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE, ADJOINT DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR NARD

*J'ai passé près de deux ans
sous votre férule et vous avez su
vous intéresser, avec une bonté
particulière, non seulement à ma
vie professionnelle, mais aussi
à ma vie privée.*

*Veuillez accepter ici l'hommage
de ma très vive reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Les hasards du choix des
stages ne nous ont pas permis
de fréquenter directement son
enseignement, comme nous l'eus-
sions désiré. Qu'il trouve ici
les regrets que nous en concevons
et le témoignage de notre recon-
naissance pour l'intérêt qu'il nous
a porté comme Président du
Jury du Concours d'Internal des
Hopitaux de Libourne et pour
la marque d'amitié qu'il nous
donne en acceptant de présider
notre thèse.*

AVANT-PROPOS

Au moment de consacrer mes études médicales par une sanction définitive, je tiens à remercier tous ceux qui, par leur enseignement ou leurs conseils, m'ont permis de mener à bien ma tâche.

Qu'ils trouvent ici l'hommage de ma gratitude. Ils ont contribué à ma formation scientifique et médicale, ils ont complété aussi ma formation morale. Ils peuvent être assurés que je conserverai, avec un légitime orgueil, les traditions de notre Faculté.

Et tout d'abord mes remerciements vont à ceux qui ont guidé mes premiers pas : MM. les professeurs Chavannaz, Leuret, Anderodias, Sabrazès, Réchou, de Grailly et Wangermez, M. le Professeur agrégé Jeanneney, MM. les docteurs Rabère et Denis, mes Chefs de service au cours de mes stages dans les Hôpitaux.

J'ai ensuite reçu l'enseignement plus direct de mes Maîtres d'externat : MM. les professeurs Dupérié, Creyx, Cruchet, M. le professeur agrégé Massé, MM. les docteurs Lefèvre, Charbonnel et Parcelier.

Enfin tout récemment, et à l'occasion de ce modeste travail, j'ai été grandement aidé par les conseils éclairés et bienveillants de M. le docteur Nard.

Que tous soient assurés de ma profonde reconnaissance.

Je ne veux pas oublier le docteur Oraison qui, au cours de mes études, a bien voulu me prodiguer ses conseils, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue de la déontologie et de la pratique journalière. Je ne saurais oublier l'accueil tout familial qu'il m'a réservé ; je me permets de lui en exprimer ici ma reconnaissance émue.

En dehors de la Faculté, l'autre centre de ma vie d'étudiant a été l'Association Catholique des Etudiants. J'y ai trouvé des amis, des camarades, une atmosphère qui me restera chère et surtout le sourire encourageant et réconfortant de son Directeur, Monsieur le Vicaire-Général J. Martin.

Ce sont là des choses que l'on ne peut oublier.

Enfin, M. le professeur J. Guyot, en un moment aussi important de ma vie, a bien voulu m'accueillir avec une extrême bonté.

C'est à lui que vont mes derniers remerciements au moment où je quitte la Faculté.

INTRODUCTION

L'étude des ulcères simples de l'intestin grêle, malgré le très sérieux travail que constitue la thèse de Caby, parue à Paris en 1937, nous paraît encore fort loin d'être épuisée et la modeste contribution que nous apportons ici, voudrait, sans vanité aucune, tracer la voie à de nouvelles recherches dont les résultats mettront un peu de clarté sur certains points obscurs et litigieux de la pathologie abdominale.

Nous n'apportons à cette étude des ulcères simples du bord méésentérique du grêle, que deux observations : c'est peu par le nombre, mais c'est beaucoup dans la littérature médicale puisqu'il n'y en a eu que 9 cas publiés jusqu'ici, et encore certaines de ces observations sont-elles incomplètes ou litigieuses. Il faut espérer que, l'attention éveillée sur ce chapitre, les hypothèses que nous émettons permettront, dans la suite, par l'apport d'autres observations, une mise au point plus précise de cette question.

HISTORIQUE

L'ulcère simple de l'intestin grêle a été individualisé et décrit, pour la première fois, en 1830 par Cruveilhier.

La thèse de Laylavoix (Bordeaux 1911) commence à faire une mise au point de la question d'après les travaux antérieurs.

(Il nous est agréable de noter ici que M. le professeur Guyot, alors Agrégé, faisait partie du jury de cette thèse et qu'il nous fait maintenant l'honneur de présider la nôtre).

En 1921, la thèse de Le Basser fait état de 25 cas.

Une autre, de Baillat, en 1925, nous présente 65 cas.

Enfin, Caby, en 1937, après des recherches méthodiques et patientes dans la littérature mondiale, a pu présenter 142 cas confirmés.

Parmi les 142 cas, Caby n'en relève que 9 du bord mésentérique. Il les étudie d'une façon très sommaire, plusieurs de ces observations paraissent même douteuses. Notre thèse n'a pour but d'étudier que cette variété, rare, d'ulcère du bord mésentérique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle ne peut être que commune aux ulcères du bord libre et du bord mésentérique du grêle.

Ces ulcères du grêle ont, comme siège d'élection, soit l'origine du jéjunum, soit la partie terminale de l'iléon et, comme le fait remarquer le docteur Nard, il ne faut pas confondre les ulcères simples du jéjunum avec les ulcères peptiques survenus après chirurgie gastrique, et les ulcères de la fin de l'iléon avec les iléites terminales dont l'étude est à l'ordre du jour.

Dans une de nos observations, complète avec examen de la pièce, le siège était sur la partie terminale de l'iléon; dans l'autre, qui n'est qu'une observation clinique, le siège était sur l'origine du jéjunum.

Tous les travaux semblent indiquer que ces ulcères siègent, de préférence, sur le bord libre de l'intestin grêle et que les cas où ils siègent sur le bord mésentérique sont tout à fait rares.

Est-ce que ceci correspond à la réalité? Nous n'en sommes pas certains, car les ulcères du bord libre, dans la plupart des observations connues, se sont révélés par la perforation du grêle, tandis que les ulcères du bord mésentérique n'ont certainement pas une symptomatologie aussi dramatique dans la perforation; notre travail tend justement à démontrer que cette symptomatologie peut ne pas toujours être attribuée à la cause réelle du mal.

Cet ulcère peut être unique, ou multiple. Comme l'ulcère d'estomac, après l'opération il peut récidiver. Ses dimensions peuvent varier et aller de 2 millimètres à 1 centimètre de diamètre. Le plus souvent, il peut se présenter, comme l'ulcère

rond de Cruvelhier avec des bords nets, comme découpés à l'emporte-pièce. Parfois — toujours comme dans l'ulcère gastrique — il peut être induré. Ses degrés d'induration peuvent entraîner un rétrécissement de la lumière intestinale et donner, à la palpation, l'impression d'une tuméfaction du grêle, tandis que, dans l'ulcère non induré, la palpation extérieure (comme dans nos observations) ne donne absolument rien.

A l'examen microscopique, on peut trouver, en dehors des signes inflammatoires habituels, un enclavement, dans la muqueuse intestinale, d'une portion de muqueuse répondant au type gastrique et ce serait même, pour Paterson Brown (Janvier 1924), une des causes importantes de l'existence de ces ulcères ; ce serait par conséquent une cause congénitale.

Il est pourtant à noter que, dans beaucoup de cas, on ne trouve pas d'inclusion de type muqueuse gastrique, surtout sur l'iléon, et il en est ainsi pour celle de nos observations où nous avons un examen anatomo-pathologique.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie, telle que l'a décrite Caby dans sa thèse, peut être divisée en deux périodes :

Une première période, de temps très variable, où il existe des troubles gastro-intestinaux mal définis, mais surtout des troubles gastriques qui peuvent attirer complètement l'attention du côté de l'estomac et non de l'intestin.

Une deuxième période serait celle où apparaît une complication, en particulier la perforation en péritoine libre, qui amène la découverte opératoire de l'ulcère. Nous pouvons même dire que c'est presque toujours à cette période, lors de l'intervention pour péritonite généralisée, que l'on fait le diagnostic d'ulcère du grêle.

Il y a quelques exceptions : Ebeling, notamment, aurait fait un diagnostic par la radiographie. Il aurait vu une image en niche sur le grêle et il aurait pu opérer son malade sans attendre la période des complications.

Nos observations semblent montrer que cette perforation peut se faire, non seulement en péritoine libre, mais dans le mésentère. Ce n'est plus alors un drame aigu de péritonite généralisée, c'est une tumeur qui apparaît et qui peut guérir spontanément, comme dans une de nos observations, ou par résection large, comme dans l'autre observation. Il est logique de supposer que ces cas sont plus fréquents qu'on ne le pense.

Nous insisterons surtout sur l'existence des troubles gastriques, qui simulent tout à fait la symptomatologie d'un ulcère gastrique, avec des périodes de rémission intercalées entre des périodes d'activité.

Dans notre observation d'ulcère iléal, on trouve des alternatives de diarrhée et de constipation. Peut-être y a-t-il, dans l'existence de cette diarrhée, un signe qui peut nous donner l'éveil pour faire la différence avec l'ulcère gastrique, où l'on trouve surtout de la constipation.

PRONOSTIC

Il est probable que les ulcères du grêle font comme les ulcères gastriques, qu'ils peuvent évoluer pendant toute une vie sans entraîner de complications graves; mais, là, nous sommes dans le domaine de l'hypothèse puisque le diagnostic, presque toujours, est fait lors de l'opération d'une de ses complications.

Nous verrons que la perforation en péritoine libre peut guérir facilement si elle est opérée tôt, et il ressort de nos observations que les perforations en péritoine mésentérique peuvent guérir, elles aussi, soit chirurgicalement, soit spontanément.

TRAITEMENT

L'idéal serait, comme pour l'estomac, de pouvoir faire un diagnostic précoce et d'opérer les ulcères du grêle avant toute complication. L'opération serait bénigne mais, toujours comme pour les ulcères de l'estomac, elle ne mettrait pas à l'abri de récurrences.

Pour arriver à ce diagnostic précoce, il faudrait avoir quelques signes cliniques pour attirer notre attention (peut-être cette diarrhée que nous avons signalée plus haut est-elle un de ces signes?). Il faut aussi compter sur les progrès de la radiologie pour confirmer ce diagnostic. C'est, du reste, grâce à un examen radiologique qu'a été fait le seul diagnostic d'ulcère simple de l'intestin, avant toute intervention.

OBSERVATIONS

Observation I

(Docteurs Nard et Maupetit.)

Communication du Dr Nard à la Société de Chirurgie de Bordeaux,
à la séance du 9 mars 1939.

« Le 30 novembre 1938, je reçois, dans mon cabinet de consultation, une malade qui m'est adressée par le Dr Maupetit, qui vient de la voir lui-même dans son propre cabinet.

» Cette malade a une histoire abdominale et a trouvé une tumeur dans sa fosse iliaque droite. On l'hospitalise immédiatement. C'est une femme de 48 ans, à bon état général, à facies normal, mais avec un mouvement fébrile se traduisant par une température de 38° (axillaire).

» En l'interrogeant, on apprend qu'elle souffre du ventre depuis treize jours. Cela a débuté avec ses règles. Ces douleurs ne se sont pas accompagnées de vomissements, ne l'ont pas empêchée d'aller à la selle, mais elles sont devenues de plus en plus fortes, l'obligeant à prendre un repos complet.

» Trois mois auparavant, elle aurait eu une petite crise analogue, toujours au moment des règles, et passée assez rapidement.

» Dans son passé, on trouve des sensations de douleurs gastriques, survenant immédiatement après l'ingestion d'aliments, venant par crises, avec des intervalles de repos, comme dans un ulcère pyloro-duodénal.

» Du côté intestinal, elle avait aussi de fréquentes alternatives de constipation et de diarrhée.

» Bien réglée habituellement, mais avec des règles toujours douloureuses.

» Aucun autre passé pathologique.

» En palpant l'abdomen de cette malade, on constate qu'il est souple, qu'il n'y a aucune contracture, et on trouve rapidement, un peu au-dessous du Mac Burney, une masse que la malade a trouvée elle-même depuis quelques jours, qui est du volume d'une pamplemousse, de forme assez régulière, douloureuse à la palpation, d'une consistance ferme sans être ligneuse, donnant l'impression d'une mobilité relative.

» Le toucher vaginal montre un corps utérin normal. On ne peut pas palper les annexes et, là, on est un peu étonné, en remuant cette masse, de ne pas voir ses mouvements transmis au corps utérin, car le diagnostic qui vient le premier à l'esprit — et pour lequel le Dr Maupetit m'a adressé cette malade — est celui d'un kyste de l'ovaire tordu, avec phénomènes inflammatoires qui rendent la masse moins mobile et donnent de la fièvre.

» Comme ce diagnostic de kyste de l'ovaire nous a déjà causé quelques mécomptes, on envisage d'autres possibilités et en particulier, celle d'une affection intestinale. La masse est un peu trop du côté de la voie médiane pour être appendiculaire; la mobilité, quoique limitée, ne donne pas l'impression qu'il s'agit là d'un abcès.

» Après deux ou trois jours d'observation et d'examens qui ne montrent rien de nouveau, on se décide à intervenir.

Opération le 5 décembre 1938. — Laparotomie médiane, sous-ombilicale. On s'aperçoit d'abord que ce n'est pas une affection génitale. Après libération des adhérences de l'épiploon, qui recouvrent la tumeur, on constate que celle-ci siège dans le mésentère.

» Sur cette tumeur mésentérique, repose une boucle d'intestin grêle en épingle à cheveux très fermée; aussi, elle n'intéresse pas simplement une épaisseur du mésentère, mais deux épaisseurs de mésentère, partant de chaque branche. Cette masse mésentérique va presque jusqu'à la racine du mésentère. Elle ne paraît pas avoir comme point de départ, l'intestin grêle. Celui-ci, très souple, non enflammé, repose sur elle comme s'il ne prenait pas part à ce processus mésentérique. De chaque côté de cette masse, le péritoine mésentérique est très adhérent, surtout à la partie centrale où il est attiré en stries, comme dans un squirrhe. Il n'y a aucune sensation de fluctuation, l'ensemble est dur, mais pas ligneux. Tout fait penser, dans l'examen opératoire, à quelque chose de néoplasique

qui, au premier abord, paraît complètement inextirpable, étant donnée l'atteinte profonde du mésentère.

» Je me décide quand même à tenter une extirpation, que je fais aussi large que possible et qui, par le fait de l'atteinte de la racine du mésentère, m'oblige à réséquer dans les 60 centimètres de grêle, pour assurer la vitalité des deux bouts, que j'anastomose ensuite par une latéro-latérale. Je ne suis quand même pas rassuré sur la qualité du tissu que je viens de suturer et, par prudence, en amont et assez loin de cette suture, je place une sonde de Witzel pour ménager les tissus suturés. Je termine sans aucun drainage autre que celui de la sonde de Witzel.

» La malade est restée hospitalisée vingt-trois jours. La sonde de Witzel n'a été enlevée que le quinzième jour, et j'ai eu l'impression qu'à deux reprises, où il y a eu des coliques et des douleurs, sa présence a été très utile.

» Les suites ont été simples et je signale que cette malade, revue encore fin février 1939¹, est en très bon état et n'a même plus les troubles gastriques qu'elle présentait auparavant. La diarrhée, qui a été longtemps persistante, n'existe plus.

» Mais le point intéressant, c'est l'examen de cette pièce. Pour l'examiner, j'ai coupé tout le grêle sur le bord libre. Je l'ai étalé, en commençant en amont : muqueuse souple, état parfait. On a l'impression que ce grêle ne fait que reposer sur la tumeur et, tout en l'ouvrant, je commence à penser que c'est une histoire purement mésentérique lorsque, en arrivant sur la partie terminale de l'épingle à cheveux, du côté du cœcum, j'aperçois là deux perforations à l'emporte-pièce, sur le bord mésentérique de la partie du grêle accolée à la tumeur : une de la grosseur d'une lentille, l'autre un tout petit peu plus grande, situées à environ 2 centimètres de distance l'une de l'autre. Une sonde cannelée, pénétrant par ces perforations, s'enfonce dans la masse mésentérique. J'ouvre celle-ci et je m'aperçois qu'elle est constituée par une sorte de tissu d'induration inflammatoire avec, au centre, une cavité remplie de tissu fongueux. J'envoie au laboratoire un fragment de l'intestin au niveau des perforations iléales et un fragment de la masse mésentérique, car je n'ai encore fait aucun diagnostic ».

1. Nous avons des nouvelles récentes de cette malade, datant de août 1939 qui confirment, jusqu'ici son état de guérison.

» Voici la réponse du laboratoire :

Bordeaux, 7 décembre 1938,

« Les différents fragments examinés sont le siège d'une même réaction inflammatoire avec une acuité variable; ce sont de très nombreux éléments inflammatoires polymorphes, avec prédominance de leucocytes polynucléés; leur densité est particulièrement marquée au niveau de la muqueuse intestinale et surtout de la séreuse.

» Absence de tout signe de processus néoplasique.

» En aucun point, la cytologie n'est en rapport avec une localisation tuberculeuse; en somme, tout se borne à une ulcération avec perforation. »

Signé : Bonnard.

» Il n'y a pas de doute, il s'agit bien d'un ulcère simple du grêle, bien qu'on n'ait pas trouvé de cellules à type stomacal, comme cela a été signalé plusieurs fois.

Ce n'est pas une lésion néoplasique, ce n'est pas non plus une lésion tuberculeuse ».

* * *

En résumé, quelles étapes ont été franchies avant d'arriver au diagnostic définitif?

1° Syndrome abdominal aigu, mais non dramatique qui, en raison de l'anamnèse récente, oriente le diagnostic vers le tractus génital.

2° Un interrogatoire plus serré et un examen plus complet (histoire gastrique et absence de signes génitaux) donnent lieu à une restriction et le diagnostic de lésion intestinale se fait jour, sans l'emporter sur le précédent.

3° L'intervention, dès l'ouverture du ventre, lève les doutes en faveur d'une histoire intestinale.

4° Anatomiquement et macroscopiquement, le diagnostic de tumeur néoplasique se présente à l'esprit, mais ne s'affirme pas encore.

5° L'examen de la pièce modifie cette dernière conception et le diagnostic d'ulcère perforé s'impose... Mais de quelle

origine est cet ulcère? La situation, l'aspect macroscopique, les lésions, l'évolution de l'affection peuvent déjà faire penser à un ulcère simple.

6° La nature en est confirmée par l'examen histo-pathologique.

Le schéma pathologique décrit par Caby se trouve bien réalisé ici : longue histoire gastro-intestinale terminée par un accident aigu amenant la découverte de l'ulcère, mais — fait nouveau — il s'agit d'un ulcère du bord mésentérique dont la perforation a pris une allure particulière et dont l'intérêt ne pouvait échapper, et n'a point échappé au chirurgien.

Devant l'évidence du diagnostic opératoire et anatomo-pathologique, le rapprochement s'imposait avec une observation antérieure de plusieurs années, et ce n'est qu'à la lumière de l'observation que nous venons de citer que le diagnostic de l'observation qui suit a pu être posé :

Observation II

Communication du Dr Nard à la Société de Chirurgie de Bordeaux, à la séance du 9 mars 1939.

« Il s'agissait d'une malade appartenant à une famille médicale. J'avais été appelé auprès d'elle pour des phénomènes aigus d'occlusion paraissant siéger sur le gros intestin. Je fis d'abord un anus cœcal. Ensuite, en palpant le ventre, je trouvai, dans l'hypochondre gauche, une masse profonde, à rebords durs, qui correspondait bien à l'obstacle du transverse décelé par la radio. Le pronostic paraissait assez sombre, car cette masse à rebords durs semblait fixée à la colonne vertébrale et dépourvue de toute mobilité.

» Malgré tout, je fis une laparotomie exploratrice et ne trouvai pas de cancer du transverse, mais, sur le commencement du jéjunum une masse mésentérique tout à fait analogue d'aspect à celle de l'observation que je viens de relater, sur laquelle reposait le jéjunum et qui, partant du point d'émergence du jéjunum, s'étendait par voisinage avec le mésocôlon transverse adhérent, le coudant, ce qui expliquait l'occlusion.

» A la palpation, cette masse paraissait dure, néoplasique. L'abla-

tion semblant impossible, on referma le ventre sans rien faire, en portant un pronostic grave.

« Au bout d'un an, la malade allait toujours très bien, mais elle avait encore son anus cœcal. Elle insistait pour que je le ferme. J'acceptai, bien que persuadé que tout cela finirait très mal.

» Il y a six ans que j'ai fermé cet anus cœcal. La malade continue à aller bien. On ne sent, depuis longtemps, plus rien en palpant son ventre ».

Le Dr Nard, à la suite de cette observation, fait remarquer, dans sa communication, que s'il ne peut pas donner, pour ce dernier cas, une preuve absolue qu'il s'agissait d'un ulcère simple du bord mésentérique de l'origine de jéjunum, il a quand même la ferme conviction qu'il en était ainsi car lui, qui a opéré les deux malades, a été frappé de la similitude de l'aspect macroscopique de ces deux cas, et l'évolution, vers la guérison spontanée, de la malade de cette deuxième observation, semble bien venir à l'appui de cette opinion.

Le Dr Jeanneney, qui assistait à la séance de la Société de Chirurgie, a fait remarquer à ce sujet qu'on pouvait rapprocher cette observation de celles des pseudo cancers gastriques guéris par simple laparotomie et qui sont, le plus souvent, des tumeurs inflammatoires à point de départ ulcère gastrique.

DISCUSSION

Que savons-nous des ulcères simples du bord mésentérique de l'intestin grêle?

Caby en cite neuf cas et envisage la possibilité de leur perforation dans le mésentère, puisqu'il écrit :

« La présence du mésentère fait penser que l'ulcère térébrant aura moins de chance de s'ouvrir à l'extérieur, ou qu'au moins des adhérences permettront de localiser le processus infectieux. »

Mais il n'en rapporte aucun cas.

Jusqu'à présent, la découverte de l'ulcère simple du bord mésentérique du grêle était liée, soit à sa propre perforation en péritoine libre à la limite de séparation des deux feuillets du mésentère, soit à la perforation d'un ulcère du bord libre permettant, à l'examen de la pièce, de le découvrir.

C'est le cas cité par Hertz et Moulonguet dans une communication récente à l'Académie de chirurgie.

Ces deux auteurs, ainsi que Caby, signalent également l'atteinte des ganglions du mésentère sous forme d'une adénopathie parfois volumineuse dans le territoire de l'ulcère, mais jamais cette adénopathie n'a présenté l'aspect de squirrhe, comme dans nos deux observations.

La première vient confirmer l'existence de l'ulcère du bord mésentérique et permet, de plus, d'affirmer qu'il peut évoluer d'une façon cliniquement appréciable, sans aboutir à la perforation en péritoine libre. C'est le premier cas que nous trouvons, dans la littérature médicale, confirmé par un examen anatomo-pathologique, et où la pièce a été enlevée en entier.

Comme nous le faisons remarquer plus haut, il y a tout lieu de penser que, dans notre observation II, malgré l'absence de confirmation, il s'agissait aussi d'un ulcère du bord mésentérique perforé dans le mésentère, l'aspect macroscopique et l'évolution vers la guérison spontanée confirmant cette opinion.

Mais ces deux observations posent un problème plus sérieux, car elles étendent les difficultés du diagnostic, un peu comme dans ces cas, assez fréquents, de tumeurs gastriques, qui disparaissent en dépit d'un pronostic opératoire fort grave.

Le ventre ouvert, devant une masse mésentérique d'apparence néoplasique sur laquelle reposera un intestin grêle souple, sans apparence de lésions, le chirurgien qui aura eu connaissance de ces observations pourra se demander s'il ne s'agit point d'un ulcère simple perforé dans le mésentère.

Et surtout il pourra se demander quelle est la conduite à tenir.

Il nous paraît impossible de trancher la question étant donné que, dans notre observation I, l'exérèse a été suivie de guérison, aussi bien que l'abstention dans notre observation II.

Que devra donc faire le chirurgien ?

La possibilité d'une biopsie ne peut être envisagée, car elle ne peut qu'entraîner des complications opératoires.

Dans le doute, si l'exérèse s'avère chirurgicalement possible, il vaudra mieux la tenter, ce que nous pourrions considérer comme l'équivalent d'une gastrectomie. Sinon on pourra, sans porter un pronostic fatal, se contenter d'un court-circuit, que nous pourrions envisager comme l'équivalent d'une gastro-entérostomie ; mais il faut bien retenir la possibilité, importante au point de vue de la tactique chirurgicale, des cas de guérison spontanée après perforation dans le mésentère.

CONCLUSIONS

1° L'ulcère du bord mésentérique de l'intestin grêle existe d'une façon indiscutable. Comme preuve à l'appui des cas cités par Caby, nous apporterons notre observation I avec résection de la pièce, examen macroscopique et microscopique de cette pièce.

2° Les ulcères du bord mésentérique perforés peuvent présenter une symptomatologie spéciale, non décrite jusqu'ici, pouvant simuler une affection néoplasique et guérir spontanément, comme le montre l'observation II, ou après une opération d'exérèse, comme dans l'observation I.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils de-

vaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :

Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 18 octobre 1939
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- Abram.** — *Ulcère simple perforant du tube digestif* (Thèse de Paris, 1898-1899).
- Baillat.** — *Ulcère simple du grêle* (Thèse de Toulouse, 1925).
- Bret.** — *Contribution à l'étude des perforations spontanées du tube digestif au point de vue médico-légal* (Thèse de Lille, 1897-1898).
- Caby.** — *L'ulcère simple de l'intestin grêle* (Thèse de Paris, 1937).
- Combes.** — *Des ulcères simples de l'intestin* (Thèse de Toulouse, 1897).
- Ebeling.** — *Annals of Surg.*, p. 857, juin 1933.
- Grassman.** — « Les ulcères simples de l'intestin grêle » (*Arch. f. klin. Chir.*, CXXXVI, p. 449, 1925).
- Hertz et Moulonguet.** — *Mémoires de l'Académie de Chir.*, t. LXV, n° 2, janv. 1939.
- Hoster-Hasman et Skeinfeld.** — « Iléite régionale » (*Arch. of Surg.* XXXII, n° 5, p. 789, mai 1936).
- Laylavoix.** — *Ulcère simple du jéuno-iléon* (Thèse de Bordeaux, 1911).
- Le Basser.** — *L'ulcère simple du grêle* (Thèse de Paris, 1920-1921).
- Nard.** — *Communication à la Société de Chir. de Bordeaux*, 9 mars 1939.
- Oudard et Jean.** — « L'ulcère simple de l'intestin grêle » (*Arch. mal. app. dig.*, XV, n° 3, p. 208, 1925).
- Paterson Brown.** — *Edimbourg Journal* (31 janvier 1924).
- Trevor.** — « Ulcère jéjunal perforé » (*Lancet*, p. 673, 25 mars 1935).
-

Imprimerie BIÈRE, 18, rue du Peugue, Bordeaux (France). 1939
